VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 21)
z dnia 13 września 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 21)

13 września 2016 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Michała Szczerby (PO),** zastępcy przewodniczącej i **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji Polityki Senioralnej, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– informacja Ministra Finansów i Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na temat aktualnej sytuacji materialnej i dochodowej emerytów i rencistów;

– informacja Ministra Zdrowia na temat rozwiązań prawnych przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia;

– sprawy różne.

W posiedzeniu udział wzięli: **Marek Tombarkiewicz** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Grażyna Marciniak** wiceprezes Głównego Urzędu Statystycznego wraz ze współpracownikami, **Anna Zdonek** zastępca dyrektora Departamentu Podatków Dochodowych Ministerstwa Finansów wraz ze współpracownikami, , **Stefan Kołucki** specjalista w Departamencie Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Marzena Rudnicka prezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej** wraz ze współpracownikami, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów Rencistów i Inwalidów, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Piotr Błaszczyk** prezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego wraz ze współpracownikami, **Grażyna Ziemińska** słuchaczka Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Klaudia Klimek** asystent w KP Nowoczesna, **Wojciech Trybocki** asystent posła, **Tomasz Chrzan** redaktor „Gazety Powiatowej", **Rafał Sapuła** stały doradca Komisji oraz **Dominika Górnicka** asystentka przewodniczącej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska i Anna Czechowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie na 21. posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, witam również przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, na czele z panem Markiem Tombarkiewiczem podsekretarzem stanu, witam przedstawicieli GUS, z panią wiceprezes Grażyną Marciniak na czele, witam również obecną z panią prezes panią Renatę Stolę, naczelnik wydziału, a także wszystkich pozostałych gości.

Dzisiejszy porządek przewiduje: informację Ministra Finansów i Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na temat aktualnej sytuacji materialnej i dochodowej emerytów i rencistów; informację Ministra Zdrowia na temat rozwiązań prawnych przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia, przedstawia minister zdrowia. Chyba nie ma trzeciego punktu – sprawy różne, może taki punkt wprowadzimy, jeżeli jest zgoda Komisji, żeby poruszyć inne kwestie, które państwo posłowie ewentualnie mają. Czy jest zgoda na wprowadzenie

punktu – sprawy różne? Jest zgoda, nie widzę sprzeciwu. W związku z tym ten trzypunktowy porządek posiedzenia został przez Komisję przyjęty. Stwierdzam przyjęcie porządku dziennego. Przystępujemy do realizacji pierwszego punktu. Proszę o zabranie głosu pana ministra Tombarkiewicza.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombarkiewicz:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, przedstawiam informację Ministra Zdrowia na temat rozwiązań prawnych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania ze środków budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia. To rozporządzenie jest z 9 czerwca 2016 r., reguluje zasady dotyczące dokonywania rozliczeń finansowych oraz zakres sprawozdawanych przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia danych związanych z zapewnieniem świadczeniobiorcom powyżej 75. roku życia bezpłatnego zaopatrzenia w leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, który stanowi część do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych.

Rozporządzenie przewiduje, że prezes NFZ przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdanie wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji na realizację tych świadczeń w terminie do 20. dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu, w którym poniesiono wydatki i taki pierwszy wniosek będzie 20 października br. za wydatki we wrześniu. Sprawozdanie prezesa NFZ musi zawierać oczywiście podstawę prawną (ustawa z 18 marca 2016 r. i wspomniane rozporządzenie), liczbę świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia i byli zaopatrzeni bezpłatnie w leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia oraz wyroby medyczne, a także wartość bezpłatnego zaopatrzenia w leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75 lat. To sprawozdanie uwzględnia podział na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ. Takie sprawozdanie będzie sporządzane (pierwsze sprawozdanie będzie dopiero w październiku) za każdy miesiąc oraz narastająco od początku roku po to, żeby monitorować wykorzystanie środków dotacji. Dotacja będzie przekazywana przez ministra zdrowia do NFZ za dany miesiąc w terminie 30 dni od otrzymania sprawozdania wraz z wnioskiem prezesa NFZ o uruchomienie dotacji.

Rozporządzenie przewiduje szczególny tryb rozliczania dotacji za październik, listopad i grudzień bieżącego roku. Dotacja za te trzy miesiące będzie przekazywana na podstawie prognozy przedstawionej przez prezesa NFZ. Rozwiązanie to jest podyktowane poszczególnymi zasadami rocznego rozliczania budżetu państwa. Jednocześnie prezes NFZ do 20 stycznia następnego roku, roku, w którym przekazano miesięczne dotacje, jest zobowiązany do przekazania rozliczenia dotacji za cały poprzedni rok. W rozliczeniu tym będą ujęte środki finansowe związane z odmienną, niż przedstawiona w prognozie na te trzy miesiące (październik, listopad, grudzień) realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ustawie o świadczeniach z 18 marca 2016 r. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję panu ministrowi. Czy możemy teraz poprosić panią prezes Grażynę Marciniak? Bardzo proszę.

Wiceprezes Głównego Urzędu Statystycznego Grażyna Marciniak:

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo. Informacja, którą prezes GUS przedłożył Komisji, została opracowana na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych. Co roku w badaniu bierze udział ponad 37 tys. gospodarstw domowych, wypełniany jest kwestionariusz dotyczący cech demograficzno-społecznych gospodarstwa domowego, jego członków, a ponadto – co jest najważniejszą częścią tego badania – przez miesiąc wylosowane gospodarstwa wypełniają książeczkę budżetu, rejestrując swoje przychody i rozchody. Wyniki badania są uogólniane na populację gospodarstw domowych w Polsce, każde gospodarstwo biorące udział w badaniu w danym roku reprezentuje ponad 300 gospodarstw domowych. Po uogólnieniu tych wyników badania, dane są reprezentatywne dla 13,5 mln gospodarstw domowych, w tej liczbie jest

około 4,6 mln gospodarstw domowych emerytów i rencistów, większość z nich, czyli 82%, to gospodarstwa domowe, w których przeważającym źródłem dochodu jest emerytura.

W 2015 r. przeciętny dochód rozporządzalny na jedną osobę w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów wynosił 1438 zł i był wyższy niż przed rokiem o 4,7%. Dochody gospodarstw domowych emerytów są przeciętnie istotnie wyższe niż w gospodarstwach rencistów. W 2015 r. przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na jedną osobę w gospodarstwach domowych emerytów wynosił 1510 zł, podczas gdy w gospodarstwach domowych utrzymujących się w przeważającej mierze z renty, tylko 1114 zł. Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na jedną osobę w gospodarstwie domowym emerytów był również wyższy od uzyskiwanego średnio w zbiorowości gospodarstw domowych ogółem, obejmujących wszystkie grupy społeczno-ekonomiczne. W 2015 r. wynosił on 1386 zł. W gospodarstwach domowych emerytów i rencistów 74% dochodu pochodziło z emerytur,12,5% z rent, a dochody z pracy najemnej stanowiły niespełna 9% dochodu rozporządzalnego tej grupy gospodarstw. Zbiorowość gospodarstw domowych emerytów i rencistów jest mocno zróżnicowana pod względem sytuacji materialnej. Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny 20% osób o najwyższych dochodach w takich gospodarstwach jest ponad czterokrotnie większy niż dochód 20% osób uzyskujących najniższe dochody w omawianej grupie gospodarstw domowych.

Wysokość dochodów determinuje poziom wydatków i w znacznej mierze również ich strukturę. Udział wydatków w dochodach gospodarstw domowych emerytów i rencistów stanowił 82,1%, w gospodarstwach domowych emerytów 80,9%, a w gospodarstwach domowych rencistów 89,5%. Udział ten jest wyższy niż w całej zbiorowości gospodarstw domowych, w 2015 r. wynosił on 78,8%. Wartościowo wygląda to następująco: przeciętne wydatki na jedną osobę w gospodarstwach domowych ogółem wyniosły 1091 zł miesięcznie, w gospodarstwach emerytów 1221 zł, a w gospodarstwach rencistów 997 zł. Przeciętne miesięczne wydatki 20% osób o najwyższych dochodach w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów były ponad trzykrotnie większe od wydatków 20% osób uzyskujących najniższe dochody. W najuboższej grupie kwintylowej wydatki stanowiły 100,6%, co oznacza, że dla pokrycia potrzeb wydatkowych, te gospodarstwa musiały korzystać albo ze swoich oszczędności, albo z pożyczek. W strukturze wydatków gospodarstw domowych emerytów i rencistów najwyższy udział mają wydatki na żywność, napoje bezalkoholowe oraz wydatki związane z użytkowaniem mieszkania lub domu i na nośniki energii. Te wydatki, tzw. wydatki stałe pochłaniają ponad połowę wydatków ogółem. Udział tych stałych wydatków jest wyższy w gospodarstwach domowych rencistów niż w gospodarstwach domowych emerytów oraz wyższy niż w ogólnej zbiorowości gospodarstw domowych.

Istotnym składnikiem wydatków gospodarstw domowych emerytów i rencistów są wydatki na zdrowie. Stanowiły one w 2015 r. 8,1% wydatków ogółem tej grupy gospodarstw domowych, podczas gdy w całej zbiorowości gospodarstw domowych odsetek ten wynosił 5,3%.

Z zebranych w badaniu informacji można wnioskować o pewnym ograniczeniu w 2015 r. zasięgu ubóstwa ekonomicznego w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów. Jednak co 20. osoba w gospodarstwach emerytów, tj. 5%, oraz co 9. w około 11% gospodarstw rencistów doświadcza ubóstwa skrajnego, tzn. żyje poniżej poziomu określanego jako minimum egzystencji. W przypadku innych wskaźników stopa ubóstwa wśród gospodarstw domowych rencistów jest również znacząco wyższa niż w gospodarstwach emerytów i wyższa w porównaniu do ogółu gospodarstw domowych.

Subiektywna ocena dokonywana przez respondentów badanych budżetów gospodarstw domowych również potwierdza wnioski dotyczące sytuacji dochodowej tej grupy gospodarstw. Gospodarstwa te gorzej oceniają możliwości finansowania swoich potrzeb, niż ma to miejsce w przypadku ogółu gospodarstw domowych, chociaż odnotowano niewielką poprawę w stosunku do 2014 r. 16% gospodarstw domowych emerytów i aż 34% gospodarstw domowych rencistów uważa własną sytuację materialną za raczej złą lub złą, odpowiednio około 23% i o połowę mniej w przypadku gospodarstw rencistów oceniało ją jako raczej dobrą lub bardzo dobrą. Najczęściej, bo prawie 60% gospodarstw

domowych emerytów i rencistów oceniało kondycję materialną swoich gospodarstw jako przeciętną.

Warto zauważyć, że sytuacja materialna gospodarstw domowych emerytów i rencistów zależy nie tylko od uzyskiwanych dochodów, ale również od składu gospodarstwa i liczby osób, które utrzymują się z przeważającego źródła dochodu, jakim jest emerytura lub renta. Szczególnie trudna jest sytuacja gospodarstw domowych rencistów dysponujących niskim dochodem rozporządzalnym, który nie zawsze wystarcza nawet na podstawowe potrzeby. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję, pani prezes. Ministerstwo Finansów, a dokładnie pan Leszek Skiba, podsekretarz stanu MF, upoważnił do udzielenia informacji panią Annę Zdonek. Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora Departamentu Podatków Dochodowych Ministerstwa Finansów Anna Zdonek:

Dziękuję, panie przewodniczący. Anna Zdonek, zastępca dyrektora Departamentu Podatków Dochodowych. Jeżeli chodzi o MF, nie mamy tak dokładnych danych jak GUS, dlatego że nie przeprowadzaliśmy badań sytuacji tej grupy obywateli. Dane, które są w MF, wynikają z deklaracji podatkowych i mają je państwo zaprezentowane w pisemnej informacji za rok 2014. Ponieważ emerytury i renty są u nas rozpoznawane dla potrzeb podatku dochodowego jako jedno źródło, wszystkie dane tej grupy podatników są zagregowane i nie mamy informacji pozwalających na odrębne przedstawienie sytuacji grupy emerytów i grupy rencistów.

Z danych wynikających z deklaracji składanych przez te osoby, wynika, że jest prawie 9,5 mln podatników, którzy uzyskali dochody z emerytury, renty lub innych krajowych świadczeń. W 2015 r. ta grupa niewiele się powiększyła, tzn. o 20 tys. Ponad połowa podatników korzysta z możliwości rozliczania przez organy rentowe. Cóż jeszcze mogę dodać? W 2014 r. dochody z emerytur i rent stanowiły jedyne źródło dochodu w przypadku 7,5 mln podatników, tzn., że 80% podatników uzyskiwało dochody wyłącznie z emerytury i renty. Jeżeli chodzi o dane statystyczne, to było tyle.

O zasadach opodatkowania pokrótce mogę powiedzieć, że emerytury i renty są opodatkowane według zasad ogólnych, stanowią odrębne źródło opodatkowania. Istnieje wiele zwolnień, z których mogą korzystać i korzystają osoby starsze. Jeżeli chodzi o ulgi najczęściej wykorzystywane przez osoby starsze, są to: ulga na cele rehabilitacyjne – prawie milion osób skorzystało z tej ulgi, oraz odliczenia od darowizn. To dwie najpopularniejsze preferencje podatkowe, z których korzystają osoby starsze. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję, pani dyrektor. Szanowni państwo, mamy zreferowane dwa punkty. Proponuję dyskusję nad tymi dwoma obszarami naszego zainteresowania, czyli kwestiami związanymi z programem wybranych leków dla 76-latków czy 75-latków+ i kwestiami aktualnej sytuacji materialnej i dochodowej emerytów i rencistów. Jeżeli są zgłoszenia ze strony państwa posłów i naszych gości, to bardzo proszę. Bardzo proszę o przedstawienie się, udzielam panu głosu.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję, panie przewodniczący. Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Mam dwa pytania do pana ministra. Jedno zgłaszają nasi członkowie, którzy są lekarzami. Na podstawie informacji, która wyszła z MZ, nie do końca jest dla nich jasne, czy lekarz będzie mógł przepisać leki dla członka rodziny 75+. Niby z części zapisów wynika, że tak, ale z drugiej części wynika, że nie. Czy nie byłoby dobrze, gdyby jasno to w przepisach sprecyzować, żeby nie było wątpliwości?

Drugi, taki bardzo niepokojący sygnał dotyczący leków 75+. Pojawiła się informacja w środowisku lekarskim, że nie będzie wolno zmienić podawanego specyfiku. Jeżeli dana osoba korzystała do tej pory ze specyfiku niewciągniętego na listę leków bezpłatnych, to nie wolno go zmienić na bezpłatny odpowiednik, jeśli nie występują negatywne skutki, brak tolerowania ewentualnie, leku przez pacjenta. To budzi w nas, jako organizacji społecznej walczącej o prawa ludzkie, dość duży sprzeciw, bo albo chcemy pomóc, jako

państwo, tym najsłabszym osobom w wieku 75 lat+, najbardziej potrzebującym pomocy i zapewniamy im jakieś grupy leków bezpłatnych, albo podchodzimy do sprawy statystycznie, bo takie komentarze się pojawiają, że najprościej jest wpisać na listę specyfik, który przez nikogo nie jest przepisywany, nie jest stosowany, bądź najmniej stosowany, a więc będzie to najmniejsza pomoc, ale pojawi się „chorągiewka", że można pomóc. Warto się nad tym zastanowić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Może pan minister od razu odpowie.

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o pierwszy element, czyli przepisywanie leków *pro auctore* lub *pro familiae*, to oczywiście jest prawo przepisywania tych leków dla członka rodziny, który spełnia wymóg wieku i tu nie ma absolutnie żadnych ograniczeń. Idea jest taka, że lekarz przepisuje takie leki w sytuacji, gdy zakończył działalność zarobkową, czyli ma uprawnienia, a nie prowadzi działalności gospodarczej. Bo, jeżeli jest zatrudniony u świadczeniodawcy POZ, to zgodnie z ogólnymi zasadami przepisuje leki jako lekarz POZ.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Panie ministrze, właśnie to budzi kontrowersje, bo wiadomo, że dzisiaj wizyta u lekarza, zwłaszcza dla osoby powyżej 75 lat, jest często dość dużą dolegliwością. Mówi się czasami, że trzeba mieć końskie zdrowie, żeby móc się leczyć. Jeżeli więc choćby jakaś część osób starszych jest w tej nieco szczęśliwszej sytuacji, że w rodzinnie jest lekarz, to jeśli ma on uprawnienia do ordynowania leków, do przepisywania, to dlaczego nie może wypisać członkowi rodziny? Dlaczego zmuszać tego emeryta i tym samym dodatkowo obciążać służbę zdrowia koniecznością przyjęcia go i „przerobienia" tej grupy osób? Tylko dlatego, że lekarz jeszcze gdzie indziej pracuje? Jeżeli w ogóle nie pracuje i nie prowadzi żadnej działalności zawodowej, wtedy można by się było jeszcze zastanawiać, czy po pięciu latach niewykonywania zawodu ten lekarz traci prawo…

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

To nie tak. Chodzi o to, że jeżeli lekarz jest zatrudniony u świadczeniodawcy spełniającego wymogi POZ, wtedy wypisuje leki dla każdego. Wychodzi od świadczeniodawcy, idzie do domu; jest jasno napisane: dla siebie, dla małżonka, wstępnych, lub zstępnych w linii prostej oraz dla rodzeństwa, którzy spełniają podstawowy wymóg 75 lat+, i on w domu wypisuje te recepty. Może to robić, tutaj absolutnie nie ograniczamy tego prawa.

Druga kwestia – 19 sierpnia br. wydaliśmy komunikat, w którym zabrakło dosłownie jednego wyrazu: ryczałt. Chodzi o to, że nie zabraniamy zamiany leków, jednak sam fakt, że dany preparat wszedł na listę darmowych leków, nie może być powodem do zmiany dotychczasowej dobrej terapii. Dam najświeższy przykład. W gazecie „Rynek Zdrowia" – i to jest to, czego się obawialiśmy – jedna firma podaje ściągę dla lekarzy, w jaki sposób lek ryczałtowy (który do tej pory był dobrze tolerowany, dobrze stosowany, pacjent był na tym leku przez wiele lat, płacąc za niego ryczałt 4 zł) zamienić na lek darmowy – z takiej samej grupy działania, tylko o dłuższym działaniu po jednorazowym podaniu, który kosztował kilkadziesiąt zł, a teraz stał się darmowy. Firma pokazuje, w jaki sposób zamienić lek ryczałtowy na lek darmowy. Nam chodzi o to, że jeśli nie ma wskazań medycznych, to sam fakt wejścia w obszar danego leku jako bezpłatnego, nie może stanowić głównej przesłanki do zmiany sposoby terapii, jeśli dotychczasowa była dobra. Wszystkie leki, które się znalazły na liście leków 75+, to leki, które były nadpłatności 30%, czyli można powiedzieć, że dopłata pacjenta w okienku zawsze stanowiła kilkanaście, kilkadziesiąt lub 100 zł. Teraz te leki stały się bezpłatne. Czyli my absolutnie nie ograniczamy, ale chcemy, żeby lekarze zastanawiali się, czy fakt, że dany lek jest ryczałtowy (bo te 30% stały się darmowe) i kosztuje 3,20 zł w większości przypadków (insulina ludzka 4 zł)… Ale trzeba pamiętać, że lek ryczałtowy jest najdroższym lekiem dla państwa, bo państwo najwięcej dopłaca do wartości leku, a pacjent tylko 3,20 zł.

Uważamy, takie też były rozmowy z przedstawicielami organizacji POZ, którzy w sierpniu byli w MZ, że sam fakt wejścia leku na listę darmowych nie może być głów-

nym powodem zmiany dobrze prowadzonej terapii. My tylko mówimy, że to nie może być główny wyznacznik, jeżeli dotychczasowa terapia lekiem ryczałtowym za 3,20 przynosiła oczekiwane skutki. Jeżeli wystąpiły jakieś przesłanki medyczne – to oczywiście, proszę bardzo, ale sam fakt wejścia na listę darmowych leków, nie może spowodować zmiany leczenia, bo to powinna być przesłanka medyczna.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję. Jeszcze pan chciał uzupełnić. Proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Przepraszam, ale pozwolę sobie bronić naszych rencistów i emerytów. Panie ministrze, przecież jedyną przesłanką podjęcia decyzji o bezpłatnych lekach 75+ jest właśnie przesłanka ekonomiczna. W trudnej sytuacji finansowej tych ludzi państwo chce im pomóc, dając bezpłatne leki. Rozumiem, że gdyby były przeciwwskazania medyczne, to można by lekarzom powiedzieć, że w sytuacji, kiedy ten darmowy lek miałby zaszkodzić, nie wolno im go przepisywać. Ale jeżeli jest wskazanie medyczne i lekarz nie widzi przeciwwskazań, żeby zastosować lek bezpłatny zamiast płatnego, to przepraszam, ale dlaczego nie? To tylko tyle. Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

Zwróćmy jeszcze uwagę na jeden aspekt. Tworząc tę listę, opieraliśmy się na analizie Agencji Ocen Technologii Medycznych i na przesłankach, że leki muszą być bezpieczne, muszą spełniać pewne wymogi, muszą być dostosowane do wieku pacjenta. I tak ustaliliśmy tę listę. Oszacowaliśmy też jej koszty, a dokładnie koszty funkcjonowania tej listy do końca roku. W związku z tym my nie wiemy, jak zareaguje rynek. Ale biorąc pod uwagę tego typu wypowiedzi ze strony firm, marketing, namowy firm, reklamę w radiu: seniorze, masz powyżej 75 lat, zadzwoń do… tu nazwa firmy, to ci powiemy, jakie leki możesz mieć bezpłatnie – możemy się obawiać, że niestety tego rodzaju nieodpowiedzialny marketing ze strony firm, spowoduje lawinowy wzrost zużycia leków, a tym samym kosztów i będzie konieczne zastosowanie przez ministra zdrowia zapisów ustawy 75+, czyli ograniczenie kolejnej listy leków. Nie chcemy ich ograniczać, chcemy je rozwijać, ale potrzebna jest odpowiedzialność także drugiej strony, czyli lekarzy i firm farmaceutycznych. To jest tylko nasz hamulec bezpieczeństwa. Po pierwszych dwóch, a pewnie po czterech miesiącach będziemy dużo mądrzejsi o to, jak zareagowali pacjenci, lekarze i rynek, i będziemy wiedzieli, na ile możemy sobie w przyszłym roku pozwolić.

Jeszcze tylko jedno zdanie. Wydaje mi się, że 3,20 zł w stosunku do zera złotych nie jest taką barierą, żeby nawet senior nie mógł wydać 3 zł 20 groszy, czyli opłaty ryczałtowej za lek w większości przypadków. Oczywiście bywają sytuacje skrajne. Ale w znaczącej większości przypadków jest kilkanaście jednostek chorobowych, dla których są przepisane leki darmowe, i wtedy jest to naprawdę wielka ulga dla pacjentów.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, pierwsze pytanie związane z wybranymi bezpłatnymi lekami – jakie zaangażowanie w zakresie tego programu przewidują państwo w przyszłorocznym budżecie? Jak wiemy, wydatki na zdrowie, ogólnie mówiąc, w grupie wiekowej 60+ to ponad 8% budżetu gospodarstwa domowego, w którym funkcjonuje emeryt. Biorąc pod uwagę tegoroczną kwotę – cały czas traktuję ją jako pilotaż – jest to ułamek, można powiedzieć, realnych potrzeb związanych ze wsparciem osób starszych. I to osób starszych wyłącznie w tej najstarszej grupie, w późnej starości. Przypomnę, że z programu mogą skorzystać wyłącznie osoby po 75. roku życia, emeryci i renciści. I też przypomnę, że przeciętne trwanie życia mężczyzn w naszym kraju, jak mówią statystyki udostępnione przez GUS, wynosi 73 lata i 6 miesięcy. Pytanie jest więc następujące – czy realizując dość konsekwentnie te działania wobec grupy osób powyżej 75. roku życia, planują państwo jako MZ pewne działania, które by objęły seniorów poniżej 76. roku życia, w szczególności rencistów, którzy są chyba w najtrudniejszej sytuacji? Bo bycie rencistą oznacza, że potrzeby zdrowotne, w tym związane z zakupem leków, są większe. Więc dwa pytania – prognozy i państwa prace związane z budżetem roku 2017, jak to państwo

planują? Plus ewentualne rozszerzanie programu na inne grupy emerytów i rencistów poniżej 75. roku życia. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

Jeśli chodzi o kwestie budżetu, to na pierwsze trzy miesiące, czyli na końcówkę tego roku jest przeznaczone 125 mln zł. Przeliczając to na cały rok, to by było 375 mln zł. W projekcie ustawy budżetowej na przyszły rok, zresztą zgodnie z art. 7 ustawy 75 +, jest przewidziane 564 300 tys. zł, czyli wzrost prawie o 190 mln, a więc znaczący, ponad 50% skok w stosunku do środków zabezpieczonych w tym roku, jeżeli byśmy brali cały rok, rok do roku. W związku z tym, zarówno będziemy chcieli rozszerzać liczbę jednostek chorobowych, jak również liczbę preparatów, cząsteczek aktywnych. Dynamika wzrostu nakładów, zapisana w ustawie, jest przyspieszona o 15%, potem 6% rok do roku, tak żeby w 2025 r. kwota dotacji z budżetu państwa wyniosła 1203 mln zł, czyli nawet podwojenie kwoty z przyszłego roku.

Jeżeli chodzi o rozszerzanie zakresu… Znaczy, jedynym kryterium były słowa krytyki, że może powinno być jakieś kryterium dochodowe. Realizując konstytucyjne zapisy, że szczególną ochroną państwa są objęte trzy grupy, w tym właśnie seniorzy, uznaliśmy za próg wieku 75 lat. To oczywiste, że średnia długość wieku jest poniżej tego, bo to jest średnia. Ona się co roku wydłuża ze względu na coraz lepszą, ale także coraz droższą opiekę zdrowotną. W związku z tym, czy będzie możliwe obniżanie wieku dostępu, tego nie jesteśmy w stanie powiedzieć. Musimy traktować pierwsze miesiące, może pierwszy rok jako pilotaż, dopiero potem będziemy wiedzieli, w jaki sposób są realizowane zapisy dostępu do tej ustawy. Co jest ważne, z dotychczasowych danych wynikało, że od 17 do 20% pacjentów w ogóle nie wykupywało leków przepisanych na recepty z przyczyn ekonomicznych. W związku z tym układając pierwszą listę, założyliśmy, że te 20% więcej pacjentów zacznie wykupywać leki już od początku wejścia w życie programu. Musimy to oczywiście sprawdzić w ciągu pierwszych miesięcy. Ta lista jest tak skalkulowana, żeby starczyło pieniędzy na ten wzrost 20%, czyli na te 20% osób, które nie wykupywały leków z braku pieniędzy.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję. Pani przewodnicząca Elżbieta Ostrowska, Polski Związek Emerytów Rencistów i Inwalidów.

Przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów Rencistów i Inwalidów Elżbieta Ostrowska:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo. Bezpłatne leki dla seniorów to jest rozwiązanie, na które osoby starsze czekały od dawna i bardzo dobrze, że się pojawiło. Oczywiście oczekiwania były większe. Spodziewaliśmy się, że bezpłatne leki będą dla osób w wieku od 60. roku życia, bo jak osoby starsze, to starsze. Spodziewaliśmy się też, że lista leków będzie szersza. Ale rozumiemy, że jest to pierwszy krok i mamy nadzieję, że po pierwszych miesiącach, po monitoringu sytuacji będzie można spodziewać się obniżenia granicy wiekowej, a być może i rozszerzenia listy leków.

W końcu sierpnia razem z przedstawicielami paru organizacji senioralnych miałam przyjemność uczestniczyć w spotkaniu w MZ, gdzie przedstawiono nam założenia ustawy i rozporządzenia. Zadeklarowałam wówczas, że zgodnie zresztą z propozycją przedstawicieli ministerstwa prowadzących to spotkanie, będziemy w tych pierwszych miesiącach przekazywać głosy, które do nas, jako związku, napływają, zarówno te pochwalne, jak i przede wszystkim krytyczne, które umożliwią być może lepsze rozwiązania na przyszłość.

Chciałabym już zasygnalizować pierwszy wniosek, który zgłaszają osoby starsze. Leki może przepisywać wyłącznie lekarz POZ, potocznie lekarz pierwszego kontaktu, specjalista już nie. To oznacza, że dla starszych osób, które z założenia leczą się u wielu specjalistów, bo taki jest po prostu charakter chorób starczych, te leki, podejrzewam, że być może najdroższe, pozostają poza możliwościami refundacji. Moje pytanie – czy można liczyć, że po tych pierwszych czterech miesiącach również lekarze specjaliści będą mogli

przepisywać osobom 75+ leki, korzystając z formułki S, oznaczającej leki bezpłatne? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

Szanowni państwo, dlaczego lekarz POZ lub pielęgniarka POZ? Dlatego, że chodziło nam… W związku z wielochorobowością, która występuje w tej grupie wiekowej, w związku z bardzo częstymi, a słabo określonymi interakcjami lekowymi, które zachodzą np. w przypadku przyjmowania kilku preparatów, a możliwość wystąpienia interakcji rośnie wręcz lawinowo powyżej 6 preparatów, a czasami tak jest, że osoby starsze biorą po 10, 15 preparatów – uznaliśmy, że lekarz rodzinny, który ma dostęp do pełnej dokumentacji bieżącej pacjenta, jest osobą najlepiej znającą pacjenta, a tym samym mogącą najlepiej określić właśnie tego typu niebezpieczne zjawiska, czyli wielochorobowość i możliwość wystąpienia interakcji. Stąd się wziął ten pomysł. Wydaje nam się, że jest to dobry pomysł, bo lekarz rodzinny może sięgnąć bezpośrednio do kartoteki i zobaczyć, jakie leki faktycznie pacjent bierze, jakie leki ma przepisane od jednego czy drugiego specjalisty. Pamiętajmy, że istnieje jasny system określony przepisami NFZ, że kierowany przez lekarza POZ pacjent wychodzący od specjalisty powinien dostać informację do lekarza POZ, który go kierował, która jest ważna jeden rok, na temat właśnie wysokospecjalistycznej diagnozy czy konieczności leczenia i na tej podstawie lekarz POZ jest w pełni usankcjonowany, że może kontynuować tę terapię. Inną sprawą jest, że znacząca grupa pacjentów woli chodzić co dwa, cztery miesiące do specjalisty, żeby ponawiać te same leki. Przepisy są pomyślane w ten sposób, że po jednorazowej konsultacji i ustaleniu leczenia u specjalisty kontynuacja leczenia powinna być prowadzona przez lekarza POZ. To leży u podstawy naszego sposobu myślenia.

Jeżeli doczekamy się – miejmy nadzieję, że w ciągu roku, półtora – systemu informatycznego, który będzie dawał wgląd do dokumentacji medycznej, do rekordów medycznych pacjenta, za jego zgodą oczywiście, wszystkim specjalistom i tam będzie z jednej strony informacja o lekach, przepisanych pacjentowi przez innych lekarzy specjalistów, z drugiej strony o uprawnieniach dla danego pacjenta, wtedy na pewno będziemy rozważać możliwość wypisywania leków bezpośrednio przez specjalistów. Ale chodzi też o to, żeby zapobiegać z jednej strony nieuzasadnionym wydatkom, a z drugiej, żeby chronić pacjentów przed przepisywaniem leków, które mogą wchodzić w interakcje z lekami od innego specjalisty.

Oddzielna kwestia, nad którą się teraz bardzo mocno zastanawiamy, to możliwość wypisywania leków w momencie, gdy pacjent wychodzi ze szpitala. To jest, wydaje się nam, większy problem, dlatego że osoby starsze często niestety są hospitalizowane, i dobrze by było, gdyby lekarze mogli napisać informację do lekarza POZ, który by te leki przepisał na leki senioralne czyli darmowe. Nad tym się bardzo mocno zastanawiamy, w jaki sposób ten system stworzyć, żeby był on szczelny i żeby nie dochodziło do różnego rodzaju nieprawidłowych zachowań, które będą generowały nieuprawnione koszty. Ale bardzo dziękuję za głos. Będziemy go brać pod uwagę.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę o przedstawienie się.

Prezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Piotr Błaszczyk:

Dziękuję. Dzień dobry, Piotr Błaszczyk, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego. Szanowna Komisjo, szanowni państwo. Chcielibyśmy przedstawić nasze stanowisko w sprawie dotyczącej listy leków 75+. Po pierwsze, chciałbym powiedzieć, „stety” bądź niestety, że co drugie opakowanie leków sprzedawanych w Polsce pochodzi z krajowego przemysłu farmaceutycznego. Od parunastu lat jest to spadająca, niestety, liczba opakowań. Jednakże do tej pory stanowimy kotwicę budżetową i bezpieczeństwo lekowe państwa poprzez produkcję leków na terenie RP. Pozytywnie przyjmujemy realizację ustawy 75+, gdyż zostały umieszczone tam leki, które są najczęściej ordynowane

pacjentom w wieku 75+ i są to wszystkie leki, jeśli chodzi o dane substancje terapeutyczne. Powoduje to, że na pewno jest zabezpieczona przez ministra zdrowia dostępność do leków, a także nie ma konieczności zamieniania terapii, co jest bardzo ważne szczególnie dla pacjentów, którzy przyzwyczaili się do tych leków w czasie przewlekłych terapii.

Jeżeli chodzi o krajowy przemysł farmaceutyczny, na pewno wzrost wykupywania leków będzie pozytywnym akcentem i motywacją do tego, ażeby zwiększone zyski z leków, przeznaczać na rozwój nowych cząsteczek i wprowadzanie nowych terapii.

Cały ten projekt – rozumiem, że jest to pierwsza odsłona – będzie ewaluował, mamy nadzieję… Przepraszam, że nawiążę do wystąpienia pana ministra, jeśli chodzi o insuliny. W tym względzie możemy się poszczycić, że jesteśmy jednym z czterech koncernów w Polsce w ogóle produkujących insulinę na świecie. I brak tych leków na liście leków refundowanych 75+ może niestety dotkliwie zmienić terapie (mamy już takie sygnały pochodzące z rynku), ale również, co jest bardzo ważne, zmniejszyć wydatki. Obecnie wydatek na terapię domową na insulinach ludzkich rekombinowanych wynosi 2,50 zł, a w rachunku ciągnionym, czyli z NFZ i z wydatków senioralnych będzie to dwukrotnie droższa terapia. A więc tutaj bez obaw o wspólny budżet, bo niezależnie, z którego funduszu płacimy, czy z NFZ, czy z budżetu państwa, będzie to tańsza terapia dla ponad 150 tys. pacjentów. Nie będą oni musieli zamieniać leku, nie będą musieli uczyć się wstrzykiwać itd.

Kolejną grupą, na którą bym chciał, żeby państwo zwrócili uwagę w czasie kolejnych list refundacyjnych, są niesterydowe leki przeciwzapalne. Nie znamy przyczyny, dlaczego tylko jeden lek został wybrany, ale rozumiemy, że jest to pierwsza lista.

Jeszcze raz chciałbym podziękować za podejście ministra zdrowia do bezpieczeństwa lekowego w zależności od potrzeb i trzymamy kciuki, że będzie się to rozwijać w dobrym kierunku. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Czy pan minister zechciałby odpowiedzieć?

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

Pan doskonale wie, bo spotkaliśmy się i zastanawialiśmy nad dwiema możliwymi konstrukcjami tej listy, tzn. wybraniem najtańszych preparatów z danej grupy limitowej i tym samym odcięciem tych droższych, ale znajdujących się w tej samej grupie limitowej, co z jednej strony mogłoby poszerzyć tę listę, bo, w cudzysłowie, zaoszczędzilibyśmy trochę pieniędzy na rozszerzenie tej listy. Jednocześnie byłby to duży problem dla pacjentów i dla lekarzy, związany z koniecznością zamiany na te najtańsze odpowiedniki. Po długich dyskusjach, po zebraniu wielu informacji zdecydowaliśmy, że dla pacjenta lepsze będzie finansowanie wszystkich preparatów, także znacząco droższych od tych najtańszych w grupie limitowej, do których będziemy musieli teraz więcej dopłacać, ale robimy to w interesie pacjenta.

Podobnie rozumowaliśmy, i dalej to podtrzymujemy, że pacjent nie powinien zamieniać leków, które do tej pory brał. Jeżeli zgodziliśmy się na to, że dany preparat z grupy limitowej, najdroższy w tej grupie, a więc o największej dopłacie z budżetu państwa pozostaje, to nadal uważamy, że nie powinno być zamiany przywołanych tutaj insulin, czyli żeby pacjentom nadal przepisywać insuliny, które były na ryczałt, czyli 4 zł w skali miesiąca, a nie przepisywać tych, które były bardzo drogie, za kilkudziesięciozłotową płatnością, i teraz weszły do odpłatności zerowej. Uważamy, że nie powinno być takiej sztucznie wymuszonej zamiany tych leków. Stąd był nasz komunikat. Jak widać, niestety, nasze przypuszczenia się potwierdziły. A sam mechanizm nadpłatności ryczałtowej i zwiększenia udziałów w sprzedaży tych leków mógł spowodować też zmianę podstaw w grupach limitowych i zmiany cenowe, na których by też źle wyszli producenci. Wydaje się nam, że taki mechanizm, jaki zastosowaliśmy do… Akurat tutaj mówię o insulinach, ale w przypadku niektórych leków, które są za odpłatnością ryczałtową, nie byłoby to też korzystne summa summarum dla przemysłu farmaceutycznego.

Jedno, co mogę powiedzieć, to na pewno będziemy bardzo bacznie się przyglądać, monitorować… Po to coraz więcej pieniędzy planujemy na ten program, żeby każda

następna lista była jak najlepsza, biorąc pod uwagę kotwicę, która jest zapisana, że jeżeli w skali kwartału wydatki przekroczą 25%, należałoby ograniczyć tę listę. Państwo zdają sobie sprawę, że każde zabranie czegokolwiek raz danego wywołałoby ogromna falę krytyki, dlatego bardzo ostrożnie do tego podchodzimy.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję. Może teraz wrócimy do pierwszego punktu dzisiejszego posiedzenia, czyli informacji na temat aktualnej sytuacji materialnej i dochodowej emerytów i rencistów. Czy są pytania do pani prezes Marciniak ze strony państwa posłów i naszych gości?

Ja mam pytanie. Szanowni państwo, zbliżamy się, wszyscy mamy tego świadomość, do informacji Rady Ministrów na temat sytuacji osób starszych, co, jak państwo wiedzą, wynika z ustawy o osobach starszych z 11 września 2015 r. Oczywiście jednym z punktów tej informacji będzie sytuacja dochodowa i warunki bytu, w tym warunki mieszkaniowe. Chciałbym – przygotowując się do tego 31 października, kiedy, rozumiem, Sejm i Senat otrzyma tę informację, która będzie przedmiotem posiedzenia nie tylko Komisji, ale też całego Sejmu – zapytać o przygotowania, w których ewentualnie uczestniczy GUS, bo rozumiem, że służą państwo pomocą i wsparciem również dla wszystkich resortów, których tematycznie dotyczy ta informacja. Gdyby pani prezes mogła przybliżyć nam, na jakim etapie jesteśmy, bo też liczymy na to, że problematyka, która dzisiaj znalazła się w porządku posiedzenia, będzie w sposób jeszcze bardziej kompleksowy podjęta w informacji rocznej. Bardzo proszę.

Wiceprezes GUS Grażyna Marciniak:

Dziękuję, panie przewodniczący. Koordynatorem prac przygotowawczych jest MRPiPS, które zwróciło się do wszystkich resortów, również do urzędów centralnych o przygotowanie informacji w zakresie swoich kompetencji. My ze swojej strony zrobiliśmy przegląd wszystkich naszych badań i właściwie to, co można było wyjąć z różnych badań, tj. i sprawozdawczość w zakresie struktury opieki medycznej, i nasze badania demograficzne, i badania dotyczące warunków życia, ale również badania stanu zdrowia, którymi dysponujemy, badania aktywności sportowej, rekreacyjnej, turystyki, wszystko, co mamy w dyspozycji, staraliśmy się opracować i przekazaliśmy wszystkie materiały już pod koniec lipca, bodajże tak, że cały ten materiał jest przekazany do MRPiPS. Rozumiem, że kompilacją tego dokumentu zajmie się już ministerstwo. Oczywiście jesteśmy otwarci, jeżeli byłyby potrzeby uzupełnienia tej informacji, to będziemy oczywiście dalej pracować razem z resortem rodziny, pracy i polityki społecznej.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo proszę.

Specjalista w Departamencie Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Stefan Kołucki:

Stefan Kołucki, Departament Polityki Senioralnej MRPiPS. Potwierdzę to, co powiedziała pani prezes, że prace nad przygotowaniem informacji o sytuacji osób starszych w Polsce cały czas są prowadzone. Otrzymaliśmy już wszystkie materiały od wszystkich resortów, także od wszystkich urzędów centralnych oraz wszystkich urzędów wojewódzkich, żeby pokazać sytuację na poziomie regionalnym. Więc prace trwają i do 31 października zostanie przedstawiona Sejmowi i Senatowi roczna informacja, która będzie mówiła także o sytuacji dochodowej, materialnej i mieszkaniowej. W opracowaniu wykorzystano dane przekazane przez GUS, uzupełniono je również o dane pochodzące z innych urzędów centralnych, innych resortów, które specjalistycznie zajmują się tym w swoim zakresie działania.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Pytanie, ewentualnie uzupełniające, do pana reprezentującego Departament Polityki Senioralnej jest takie – czy to jest informacja, będąca zestawieniem tych danych, które państwo zebrali z resortów, czy też przewidzieliście lub przewidujecie konieczność jakichś specjalistycznych badań, które będą w przyszłości? Powiem szczerze, że taki był zamiar Komisji Polityki Senioralnej w poprzedniej kadencji jako wnioskodawców tego projekt. To był projekt komisyjny, o czym państwo wiedzą, i liczyliśmy, że w związku

z koniecznością przedstawienia jeszcze bardziej całościowej, jeszcze bardziej specjalistycznej informacji w niektórych obszarach, które nie były wcześniej przedmiotem pewnych badań naukowych, będą zlecane również specjalne badania. Przypomnę, że to minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego, jest ministrem, który niejako w imieniu prezesa Rady Ministrów koordynuje te prace. Bardzo proszę.

Specjalista w Departamencie Polityki Senioralnej MRPiPS Stefan Kołucki:

Tak, oczywiście, informacja o sytuacji osób starszych, tak jak mówi ustawa, nie jest tylko sprawozdaniem z sytuacji osób starszych, ale ma zawierać także wnioski i rekomendacje, w związku z czym to oczywiście też będzie stanowiło fragment tej informacji. W celu jej przygotowania zostały wykonane dodatkowe badania przez Centrum Badań Opinii Społecznej. Ta informacja jest przygotowywana po raz pierwszy, w związku z czym trudno, by… Na razie pracujemy na tych materiałach, które mamy, ale opracowując w kolejnym roku informację, na pewno będziemy już wiedzieli dokładnie, czego nam brakuje, jakich danych i będziemy mogli zlecić przeprowadzenie dodatkowych badań. Jeszcze raz więc potwierdzam.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo. To cóż, zamykamy te dwa pierwsze punkty i kończymy dyskusję? Nie widzę więcej zgłoszeń. Oddaję głos pani przewodniczącej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo przedstawicielom rządu. Przepraszam, że nie mogłam uczestniczyć w posiedzeniu, ale byłam na sali plenarnej, gdzie procedowano bardzo ważną ustawę o uregulowaniu gier hazardowych. Jeszcze raz serdecznie dziękuje przedstawicielom rządu.

Przechodzimy do trzeciego punktu. Z tego co wiem, to są sprawy różne. Ale zanim przejdziemy do spraw różnych, chciałam jeszcze poinformować, że prezydium Komisji wystąpiło do marszałka Sejmu o wyrażenie zgody na organizację konferencji pt. „Rady seniorów – partnerstwo z samorządami”, której celem będzie podsumowanie współpracy gminnych rad seniorów z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie tworzenia godnych warunków starzenia się, w szczególności na poziomie lokalnym. Marszałek Sejmu wyraził zgodę i objął honorowym patronatem konferencję, która odbędzie się 1 października 2016 r. w Sali Kolumnowej Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej. Bardzo proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, bardzo spokojnie, ale jednak chciałbym wyjaśnić Wysokiej Komisji, że nie uczestniczyłem, ani nie zostałem zaproszony na żadne posiedzenie prezydium, którego przedmiotem byłby ten wniosek, o którym wspomniała pani przewodnicząca. Chciałem przypomnieć państwu, że prezydium Komisji jest kolegialnym ciałem i po raz kolejny wykorzystywana jest nazwa prezydium dla działań, w których jeden z wiceprzewodniczących nie uczestniczy, ponieważ nie jest o tych działaniach informowany, ani nie jest włączany w proces decyzyjny. Chciałbym, że tak powiem, poprosić panią przewodniczącą, żeby nie używała nazwy prezydium Komisji i nie autoryzowała działań, które, rozumiem, podejmuje sama, prawdopodobnie w porozumieniu z drugim wiceprzewodniczącym. Chciałbym przypomnieć, czym jest prezydium Komisji. Jest to kolegialne ciało, w którego skład wchodzą przewodniczący i wiceprzewodniczący. To jest pierwsza rzecz.

Chciałbym również wyrazić przykrość, bo przypomnę, że 1 października na terenie Sejmu miał się odbyć Obywatelski Parlament Seniorów. Seniorzy zostali zaproszeni do Sejmu już w ub.r. Po inauguracji pierwszego posiedzenia OPS zostało zapowiedziane, że przestrzeń Sejmu, sala posiedzeń Sejmu będzie tym miejscem, gdzie seniorzy będą mogli się zbierać. Jak widać, dzisiejsza informacja pani przewodniczącej w jakiejś mierze przesądza, że parlament seniorów na terenie Sejmu się nie odbędzie. Pytanie w związku z tym do pani przewodniczącej – czy pani przewodnicząca wie o braku zgody marszałka lub też prezydium Sejmu w odniesieniu do organizacji OPS? Dysponuję pismem z 1 czerwca, w którym marszałek Sejmu wyraził zgodę na taką organizację. Dzisiejsza informacja, która jest dla mnie zaskoczeniem, oznacza, że jakieś decyzje w tej sprawie zapadły. Gdyby więc pani przewodnicząca mogła się z naszą Komisją tym podzielić.

Druga sprawa, na którą chciałem zwrócić uwagę, to kwestia środków finansowych. W budżecie kancelarii Sejmu są zapewnione środki na organizację OPS, zostało to jeszcze zaprojektowane w poprzedniej kadencji przez kierownictwo kancelarii. Rozumiem, że tą inicjatywą, którą pani przewodnicząca proponuje w swoim i drugiego wiceprzewodniczącego imieniu, bo nie prezydium, chcą państwo środki, przewidziane na parlament seniorów, wykorzystać na poczet tej konferencji, która by dotyczyła samorządu lokalnego?

Pierwsze pytanie bardzo wprost – gdyby pani przewodnicząca mogła nam powiedzieć, czy w wyniku pani korespondencji z marszałkiem i prezydium Sejmu coś się zmieniło z punktu widzenia organizacji sesji OPS 1 października, bo zatrzymaliśmy się wszyscy, rozumiem, na etapie przegłosowania przez panią przewodniczącą i grupę posłów z PiS zdjęcia patronatu merytorycznego. Prosiłbym panią przewodniczącą w pierwszym punkcie spraw różnych o tę odpowiedź, a później będę miał drugą sprawę o charakterze nie organizacyjnym, ale merytorycznym. Bardzo proszę.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Szanowni państwo. Bolą mnie bardzo słowa pana posła Michała Szczerby, bo gdy spotkaliśmy się po raz pierwszy, cały czas podkreślał, że Komisja Polityki Senioralnej jest taka apolityczna. Każde kolejne posiedzenie Komisji – mogę powiedzieć o swoim odbiorze – odbierałam jednak zupełnie inaczej. Jeżeli chodzi o to, co pan zarzucił po raz kolejny, że nie był pan na posiedzeniu prezydium Komisji – to 5 września przy paniach z sekretariatu Komisji Polityki Senioralnej uczestniczył pan w zebraniu prezydium, na którym był poruszony temat konferencji. Postanowiliśmy, że w sytuacji, gdy OPS się nie odbędzie, proponujemy konferencję, pod jakim tytułem, jeszcze nie było powiedziane. Uznałam, że sprawa jest wyjaśniona i wystąpiliśmy właśnie jako prezydium do marszałka Sejmu o patronat honorowy nad konferencją, która ma się odbyć 1 października. Na ostatnim posiedzeniu naszej Komisji, gdzie było bardzo dużo emocji, zostało przegłosowane odwołanie patronatu merytorycznego. Wtedy w zasadzie zbyt mało było powiedziane ze względu na brak czasu.

Z całym szacunkiem dla OPS, uważam, że powinna to być inicjatywa integrująca seniorów i powinniśmy zauważyć, że to oni są najważniejsi. To powinna być inicjatywa, która seniorów łączy, a nie po raz kolejny dzieli. Powiedziałam wtedy wyraźnie i głośno, że nie będziemy się podpisywać pod prywatną inicjatywą noszącą nazwę OPS, którego przewodniczącą jest pani Krystyna Lewkowicz, ze względu na to, że w regulaminie OPS jest zapisane, że o ostatecznym składzie decyduje przewodnicząca OPS…

Poseł Michał Szczerba (PO):

Prezydium.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dobrze, prezydium OPS. Obojętnie jak na szczeblu lokalnym byliby wybrani seniorzy, to o ostatecznym składzie decyduje prezydium. Dlatego powiedziałam, że uważam, że Komisja nie będzie się podpisywać pod prywatną inicjatywą i uznali to również inni posłowie. Ja nie jestem z PiS, jestem z Koła Wolni i Solidarni, bo pan poseł również zapomniał któregoś razu o tym wspomnieć. Nie jestem posłem niezależnym, tylko jestem z koła WiS. To w zasadzie tyle mam do powiedzenia i bym bardzo prosiła, żeby pan poseł nie wykorzystywał insynuacji, bo jak ja cokolwiek odwołuję, to mówię, że ja odwołuję, jeżeli zwołuje Komisja, to zwołuje Komisja, jeżeli odwołuje Komisja, to odwołuje Komisja. Tak, że bardzo proszę zwracać uwagę na słowa, które pan przekazuje osobom, które nas słuchają.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Czyli innymi słowy pani przewodnicząca potwierdziła, że decyzja w sprawie pani inicjatywy związanej z konferencją 1 października nie była przedyskutowana przez prezydium, nie była podana ani tematyka tej konferencji, ani nawet, moim zdaniem, nie padła wtedy nawet data tego wydarzenia. Ogólnie pani informowała wyłącznie o tym, że jakaś konferencja będzie. Informowała pani o tym na początku września i trudno

uznać tę informację za zgodę prezydium Sejmu na organizację konkretnej konferencji, z konkretnym tematem i z konkretnym wnioskiem do marszałka Sejmu.

Moje pytanie jest bardzo proste – czy otrzymała pani jakąkolwiek korespondencję (bo żadną korespondencją z prezydium pani się nie dzieli, przynajmniej ze mną) w kwestii braku zgody pana marszałka Kuchcińskiego na organizowanie parlamentu seniorów 1 października? Rozumiem, że i prezydium OPS, jak i delegaci, którzy uczestniczą w procesie rekrutacji od 15 lipca, mają prawo wiedzieć, czy to wydarzenie na terenie Sejmu się odbędzie, czy też nie. I tej odpowiedzi oczekuję – czy ma pani jakikolwiek dokument, pismo o tym, że marszałek Sejmu cofa zgodę na organizację parlamentu seniorów 1 października?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Oficjalnie żadnego pisma nie otrzymałam. Dokumentację, którą powinnam jako przewodnicząca przekazywać prezydium Sejmu czy członkom Komisji Polityki Senioralnej, przekazuję.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Może drugi punkt. Chyba, że ktoś z państwa… Szanowni państwo, może zostawmy ten temat, bo widzę, że tutaj, po pierwsze, nie ma zrozumienia, po drugie, są podejmowane pewne działania bez włączania wszystkich członków prezydium, ale to już stało się praktyką, moim zdaniem naganną.

Szanowni państwo, na ostatnim posiedzeniu Sejmu zajmowaliśmy się informacją o działalności rzecznika praw obywatelskich, ukazały się również artykuły medialne podsumowujące pracę pana doktora Adama Bodnara. Jednocześnie na stronie internetowej została umieszczona korespondencja między panem rzecznikiem praw obywatelskich a rządem, konkretnie ministrem rodziny. Chodzi o kwestię następującą – na forum ONZ prowadzone są prace nad nową konwencją ONZ o prawach osób starszych, konwencją, która ma mieć oczywiście charakter globalny, której celem jest zwalczanie dyskryminacji ze względu na wiek, zapewnienie niezbędnej, prawnie wiążącej ochrony praw osób starszych, zgodnie z prawem międzynarodowym doprecyzowanie praw osób starszych, standardów działania pozwalających na ich ochronę.

Pan rzecznik Bodnar w piśmie do ministra rodziny zwrócił się z pytaniem, jakie prace rząd prowadzi w związku z przygotowaniem i przyszłym wdrożeniem konwencji. Tutaj pojawiło się pewne zaskoczenie – i chciałbym wnioskować do Wysokiej Komisji, aby temat konwencji o prawach osób starszych stał się jednym z punktów naszego posiedzenia w najbliższym możliwym czasie – a mianowicie moje całkowite zdumienie wywołała odpowiedź Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, że rząd uznaje przygotowanie konwencji o prawach osób starszych za niecelowe. Dodatkowo w uzasadnieniu minister rodziny napisała: prawa osób starszych są wystarczająco chronione, a sam wiek osób nie może być bezpośrednią przesłanką do tworzenia specjalnej ochrony.

Wydaje się, że Komisja Polityki Senioralnej, Komisja, która powstała w związku z koniecznością prowadzenia przez państwo polityki dotyczącej osób starszych, nie może pozostać obojętna w sytuacji, w której rząd podejmuje działania mające doprowadzić do nieprzyjęcia tej konwencji. Wydaje się również, że w Polsce nie może być dyskryminacji z jakiegokolwiek powodu, to gwarantuje konstytucja, nie może więc być dyskryminacji również ze względu na wiek. Odmowa udziału w pracach i uznawanie ich za niecelowe musi się spotkać, moim zdaniem, ze zdecydowanym stanowiskiem naszej Komisji.

W związku z tym zwracając na tę kwestię uwagę, chciałbym jednak poprosić panią przewodniczącą, żeby zwołała prezydium w pełnym składzie, nie wyłącznie pani przewodnicząca i jeden z wiceprzewodniczących, abyśmy dokonali rewizji planu pracy na to półrocze i umieścili w nim punkt dotyczący projektu konwencji ONZ o prawach osób starszych, zapraszając jako referentów pełnomocnika rządu ds. równego traktowania oraz rzecznika praw obywatelskich. W tej sprawie głos Komisji powinien być jasny i czytelny. Nie może być tak, że ktoś ponad naszymi głowami decyduje o tym, co jest celowe, a co niecelowe. Wydaje się, że to jest inicjatywa o charakterze globalnym na forum ONZ, na którą wszyscy czekaliśmy i w związku z tym, że wcześniej uchwalaliśmy i ratyfikowaliśmy konwencję o prawach osób niepełnosprawnych, to jest kolejna

inicjatywa, która, w mojej opinii, jest potrzebna i stanowisko rządu uznaję za całkowicie niewłaściwe.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Zorganizujemy posiedzenie prezydium również z panem. Nie miałam żadnego oddzielnego prezydium z drugim wiceprzewodniczącym. Proszę więc znowu nie insynuować, że się spotykamy w prezydium tylko z drugim wiceprzewodniczącym. Pan za każdym razem wprowadza osoby słuchające w błąd.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, nie chciałbym wykorzystywać forum Komisji do naszej rozmowy, ale…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Pan cały czas prowokuje, panie Michale…

Poseł Michał Szczerba (PO):

Nie. Chciałem po prostu…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Panie pośle, nie udzieliłam panu głosu, bardzo przepraszam.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Chciałem tylko powiedzieć, że nie uczestniczyłem w decyzji… (mikrofon został wyłączony).

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Zwołamy posiedzenie prezydium, ewentualnie zweryfikujemy punkty planu pracy Komisji i przedstawimy członkom Komisji.

Czy są jeszcze jakieś sprawy, które państwo chcą poruszyć?

Bardzo dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.